Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
Direktor: Professor Dr. Fraenkel.

Myom und Gravidität.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Wilhelm Veith
Medizinalpraktikant in Breslau.

Breslau 1923.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Referent: Professor Dr. Fraenkel.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Der Verfasser erörtert zuerst die Frage, ob und inwieweit die Myome überhaupt das Zustandekommen einer Schwangerschaft beeinflussen, da bei 31 % der Myomkranken Sterilität besteht. Er sieht die Myome in den meisten Fällen nicht als die Ursache, eher noch als eine Folge der Sterilität an.

Mit vielen Beispielen aus der Literatur und an der Hand von 14 Fällen der Breslauer Universitäts-Frauenklinik aus den letzten zehn Jahren werden dann zunächst die Veränderungen, die die Myome durch die Gravidität erleiden, beschrieben. Das schnellere Wachstum durch ödematöse Durchtränkung und echte, der Uterusmuskulatur analoge Muskelzellenhyperplasie, die zu Dislokationen von der verschiedensten Art Anlaß gebende Beweglichkeit der Myome, ihre Konsistenzveränderungen, vom Ödem mit Stauung und Erweiterung der Blut- und besonders der Lymphgefäße bis zur hyalinen und schleimigen Degeneration und Nekrose.

Im zweiten Abschnitt schildert der Verfasser die Wirkungen, die die Myome ihrerseits auf die Schwangerschaft ausüben, die oft genug Komplikationen von der größten praktischen Bedeutung ergeben. Er zeigt, daß dieser Einfluß schon bei der Einbettung des Eies sich geltend machen kann, indem die Myome als mechanisches Hindernis eine Tubargravidität herbeiführen können, oder dadurch, daß sie die sie bedeckende Schleimhaut zur Atrophie bringen, die Bildung einer Placenta praevia veranlassen können. In der Gravidität selbst beschreibt er Blutungen, belegt durch Fall X und XII der beigefügten Krankengeschichten und erklärt sie durch schlechtes Haften der Chorionzotten, insbesondere über submucösen Myomen. In Fall XIV zeigt er, wie diese Blutungen, verstärkt durch die ungleichmäßige Ausdehnungsfähigkeit der myomatösen Uterusmuskulatur zum Abort unter dem typischen Bilde der vorzeitigen Placentarlösung führen können. Eine weitere Ursache für Blutungen und Abort zeigt ein Fall aus der

Literatur, wo ein an der Rückseite des Uterus gelegenes großes Myom durch seine Prominenz in die Kreuzbeinhöhle das Aufsteigen des Uterus über das Promontorium hindert und Stauungen in der Uterusmuskulatur mit Blutungen hervorruft, andererseits zur Einklemmung mit Obstipation, Ischurie und heftigen Schmerzen führt. Als seltenere Erscheinungen werden Stieltorsionen mit peritonitischen Reizerscheinungen erwähnt. Die Fälle IV, VI, VII, VIII zeigen, daß die speziell durch rasche Größenzunahme der Myome bedingten Störungen des Allgemeinbefindens, Schmerzen, Ödeme der Beine, Harndrang, Atemnot infolge Zwerchfellhochdrängung sehr erheblich sein können. In Fall XIII geben sie sogar eine Indikation zum Eingriff.

Im weiteren wird der früher vielfach überschätzte Einfluß der Myome auf die Geburtsvorgänge gebührend gewürdigt. Anscheinend geburtshindernde Cervixmyome werden durch ihre Kompressibilität und Lokomobilität oft genug bedeutungslos; Myom XI ist jedoch ein absolutes Geburtshindernis. Andererseits können sie schon durch Behinderung der Erweiterung der Cervix zu vorzeitigem Abfluß des Fruchtwassers, Vorfall der Nabelschnur (Fall X) oder kleiner Teile, Kompressionen des Fötus oder der Nabelschnur, sowie zu Cervixrissen führen.

Als Gefahren für die Nachgeburtsperiode werden besonders die durch Myome bedingten starken atonischen Nachblutungen (Fall IX und X) und abnorme Adhärenz der Placenta (Fall X) angeführt, wobei auch auf die durch die lange Dauer der Nachgeburtsperiode gesteigerte Gefahr von Infektionen hingewiesen wird.

Was die Therapie anlangt, so wird die Einleitung des künstlichen Aborts verworfen, die Enukleation während der Schwangerschaft auf seltenste Fälle mit strengster Indikation beschränkt, dagegen das exspektative Verfahren in den weitaus meisten Fällen empfohlen. Zeigen doch die Fälle I—IX deutlich, daß trotz großer Myome, erheblicher Beschwerden und Blutung die exspektative Behandlung die beste Aussicht bietet. In acht Fällen kam es zur Spontangeburt lebender Kinder. Die drei operativ entbundenen Fälle — Fall IX Zange wegen schlechter Herztöne, Fall X Wendung und Extraktion wegen Nabelschnurvorfall Fall XI Kaiserschnitt wegen totaler Verlegung des Geburtskanals durch das Myom — brachten lebende Kinder zur Welt, wenn auch in Fall IX die Mutter an den starken Nachblutungen, in Fall XI an einer Aspirationspneumonie zugrunde ging. Eine Enukleation während der Schwanger-

schaft (Fall XII) hatte den Abort zur Folge. Da in den Fällen, wo bei strenger Kritik ein Eingriff während der Schwangerschaft angezeigt erscheint, selten die Aussicht auf eine normale Entwickelung der Frucht besteht, wird man häufiger (Fall VIII und XIV) zur supravaginalen Amputation oder Totalexstirpation des Uterus schreiten. Anschließend an einen Kaiserschnitt kommt die Enukleation des Myoms nur dann in Frage, wenn auch nicht der geringste Verdacht auf eine Infektion besteht, sonst tritt die Totalexstirpation an ihren Platz. Auch im Puerperium soll man sich den Myomen gegenüber abwartend verhalten.

Zusammenfassend stellt Verfasser als Grundregel für die Behandlung der Komplikation Myom und Gravidität auf: Abwarten und nur bei strengster Indikationsstellung eingreifen!

Adolf Stenzel vorm. Brehmer & Minuth, Breslau I.